

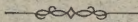
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913 — N° 55

LE DÉCOLLEMENT
DE L'S ILIAQUE ET DU CÆCUM

dans le plan embryologique

POUR LA

CURE DES HERNIES ADHÉRENTES DU GROS INTESTIN



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice BILLOT

Né à Champagnole (Jura), le 9 octobre 1888.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6

LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25

PARIS

1912

LE DÉCOLLEMENT
DE L'S ILIAQUE ET DU CÆCUM

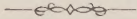
dans le plan embryologique

POUR LA CURE DES HERNIES ADHÉRENTES DU GROS INTESTIN

LE DÉCOLLEMENT
DE L'S ILIAQUE ET DU CÆCUM
dans le plan embryologique

POUR LA

CURE DES HERNIES ADHÉRENTES DU GROS INTESTIN

—  —
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

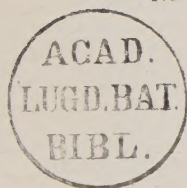
Et soutenue publiquement le 16 décembre 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice BILLOT

Né à Champagnole (Jura), le 9 octobre 1888.



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET
BEAUVISAGE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM	TEISSIER. ROQUE. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. LÉPINE (Jean). WEILL. POLLOSSON (A.). CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. X... GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. COLLET. LESIEUR. PAVIOT. POLLOSSON (M.). COURMONT (P.). LACASSAGNE. COURMONT (J.). PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales.		
Clinique obstétricale et Accouchements.		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		
Clinique des maladies mentales		
Clinique des maladies des enfants		
Clinique des maladies des femmes		
Physique médicale.		
Chimie médicale et pharmaceutique.		
Chimie organique et Toxicologie.		
Matière médicale et Botanique.		
Parasitologie et histoire naturelle médicale		
Anatomie.		
Anatomie générale et Histologie.		
Physiologie.		
Pathologie interne.		
Pathologie et Thérapeutique générales.		
Anatomie pathologique		
Médecine opératoire.		
Médecine expérimentale et comparée.		
Médecine légale.		
Hygiène.		
Thérapeutique.		
Pharmacologie		

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—
Propédeutique urologique	GAYET.	—
Déontologie et médecine professionnelle.	MARTIN (Et.).	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, ch...
PATEL.	LATARJET.	CADE.	SAVY, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. PONCET, Président; M. VALLAS, Assesseur;
MM. GAYET et LERICHE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE

MON PÈRE ET DE MON FRÈRE AINÉ

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MES AMIS

PRÉFACE

Arrivé au terme de nos études médicales, nous nous faisons un devoir de remercier bien vivement M. le professeur PONCET de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous lui en exprimons ici toute notre reconnaissance avec d'autant plus de joie qu'avant d'être son élève et dans notre première jeunesse nous avions été soigné et guéri par lui.

C'est à M. le professeur agrégé LERICHE que revient l'idée de cette thèse. Il ne nous a pas ménagé ses conseils et nous lui en sommes infiniment reconnaissant.

Enfin nous n'oublierons jamais la ferme et bonne amitié qui nous unissait à MM. les Docteurs DEMOLE, DELLAC, LAFFAY, LASALLE, PREL, etc., et nous leur souhaitons à tous une bonne réussite. Il nous reste à adresser un souvenir ému à la mémoire de notre ami le D^r Paul JOLY, mort au Val-de-Grâce en soignant ses malades.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Compréhension actuelle des hernies par adhérence charnue naturelle du gros intestin.

Le mode de compréhension des hernies adhérentes du cæcum et de l'S iliaque a été complètement modifié dans ces dernières années. A la suite des travaux anciens de Scarpa, de ceux, récents, de Tuffier (1887), de Hartmann, de Boiffin, Bérard et Vignard, etc., et enfin à la suite de la thèse de Baumgartner, tout le monde admettait qu'il se faisait une sorte de locomotion du cæcum ou de l'S iliaque dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, entraînant peu à peu le péritoine et arrivant à donner des hernies dans le canal inguinal, qui se présentaient au chirurgien ou à l'anatomiste comme ayant un sac complet, un sac incomplet, ou voire quelquefois sans sac.

Si extraordinaire que cela pouvait paraître, tout le monde le trouvait très clair et personne ne s'était avisé de remarquer toutes les impossibilités de ce mécanisme étrange. Personne n'avait fait attention qu'il est impossible à l'intestin de quitter sa couverture péritonéale et de venir se présenter dans le canal inguinal réduit à sa musculieuse et à sa muqueuse. Quand on y réfléchit aujourd'hui, on a peine à comprendre comment on a pu admettre ainsi bénévolement cette dépéritonisation qui privait

l'intestin d'un de ses éléments constitutants. Pourtant, il en était bien ainsi, et après la thèse de Baumgartner, en 1905, on avait pu dire, sans soulever la moindre protestation, qu'il n'y avait plus rien à ajouter sur les hernies du gros intestin.

Ce contentement fait songer en petit à la satisfaction intellectuelle de Boyer écrivant, vers le milieu du siècle dernier, que la chirurgie en était arrivée au terme ultime de son perfectionnement.

En 1906 et en 1907, MM. Ancel et Cavaillon entreprirent des recherches anatomiques dont la portée devait être grande. Nous les rappelons brièvement. Pour eux, le cæcum (ce que nous disons du cæcum s'applique également à l'S iliaque) évolue en sortant de l'état flottant qui est le type fœtal, dans le sens d'un accolement progressif, de sa séreuse postérieure au péritoine pariétal postérieur. Il vient un moment où, après la naissance, la coalescence est faite entre le péritoine viscéral et le feuillet pariétal postérieur à partir du bord externe du cæcum. Cet accolement confirme ce qu'avaient vu Told et Rogy, et se fait de telle façon qu'un décollement artificiel des deux lames demeure toujours possible. C'est le type adulte. Secondairement, le cæcum ainsi préalablement fixé, peut se mobiliser en s'individualisant un méso par étirement progressif des deux feuillets péritonéaux. C'est le type sénile. Dans ces différents stades, le cæcum reste toujours complètement revêtu du péritoine et, en aucun cas, il ne se trouve au contact du tissu cellulaire sous-séreux. Entre ces trois grandes étapes évolutives, il y a des termes de passage, cela va de soi, dont certains sont assez caractéristiques pour mériter d'être individualisés.

Et on arrive ainsi à diviser cinq types de cæcum : 1° le cæcum flottant librement, suspendu à la paroi postérieure par le mésentère commun, en tout comparable à une anse grêle.

2° Cæcum avec grande fossette rétrocæcale due à ce que la face postérieure de l'intestin n'est pas encore entrée en coalescence, le bord externe étant seul accolé.

3° Le cæcum accolé, mais dont le fond est demeuré libre, l'accolement n'étant pas encore terminé.

4° Le cæcum complètement accolé par fusion totale de tout le péritoine cæcal postérieur et fixation parfaite de l'organe.

5° Cæcum avec méso secondairement acquis par un processus d'étirement et constitué par quatre feuillets.

Tel était l'essentiel des recherches d'Ance! et Cavaillon. Ces auteurs les complètent en étudiant la formation du mésentère des côlons et en montrant certaines pièces anatomiques qui parachevaient la démonstration. Elles portaient sur un nombre considérable de sujets et éliminaient de façon définitive la morphogénèse péritonéale.

Au cours de ces recherches, il parut à MM. Cavaillon et Leriche que ces notions étaient susceptibles de toutes sortes d'applications à la pathologie, et que les variations de l'accolement péritonéal devaient régenter toute une partie de la pathologie de l'abdomen. Les formes si variées des abcès appendiculaires étaient guidées en grande partie par la position et la fixité du cæcum. Les invaginations intestinales, les volvulus devenaient fonction de la seule mobilité intestinale. Certains prolapsus rectaux ne devaient être que la chute intra-rectale de l'S iliaque non accolé. Enfin et surtout, il leur parut qu'il y avait

lieu de reprendre complètement la description et la pathogénie des hernies avec adhérence charnue naturelle du cæcum et de l'S iliaque.

Dans un article de la *Semaine médicale* du 20 mars 1907, après avoir rappelé toutes les invraisemblances de la théorie classique que nous avons déjà citée, ils proposaient une pathogénie purement anatomique des hernies de Scarpa, qui était la suivante :

Le cæcum intra-péritonéal ne saurait se comporter en pathologie comme un viscère extra-péritonéal (vessie, utérus); toute conception pathogénique qui ne voudra pas tenir compte de ce fait primordial sera entachée d'inexactitude. Pour sortir de l'abdomen, tout viscère intra-péritonéal doit refouler devant lui un feuillet pariétal qui lui constitue son sac. Le cæcum ne saurait échapper à cette règle. Intra-péritonéal, le cæcum hernié est toujours intra-vasculaire, il ne saurait être question de « dépéritonisation » pas plus que de sac incomplet.

Mais les processus d'accolement du cæcum modifient les relations péritonéales de cet organe au point d'expliquer l'impression des chirurgiens qui décrivent des hernies à sac incomplet et des hernies sans sac.

Il s'agit de sac, avec fusion des deux feuillets viscéro-pariétaux en certains points. La modalité et l'étendue de cette symphyse de l'intestin hernié déterminent le type de la hernie.

Le cæcum flottant créera la hernie dite à sac complet, entérocele banale, dans laquelle le cæcum se comporte comme une anse grêle : hernie congénitale, plus fréquente chez l'enfant.

Le cæcum accolé, descendu dans une hernie par glis-

sement du feuillet pariétal, dont il est solidaire, donnera l'illusion d'un sac incomplet, le sac sera seulement cloisonné.

Le degré de l'accolement détermine la portion demeurée libre du sac.

Le cæcum à méso conduit à la hernie de Scarpa, avec adhérence charnue naturelle. Le sac est complet, on trouvera l'adhérence plus ou moins haut, selon le point d'implantation du méso.

Le cæcum à fossette ne peut descendre que par bascule, mais par bascule intra-péritonéale; on croirait que le sac n'existe pas, parce que l'intestin se présente seulement par sa partie accolée; en réalité, le sac est complet, mais en symphyse presque totale.

Du mécanisme classique, on doit retenir les trois types de hernie par glissement, par descente, par bascule, en spécifiant que ces déplacements sont toujours intra-péritonéaux, et que c'est le type anatomique du cæcum qui détermine la modalité de production de sa hernie.

Le cæcum flottant se hernie par descente; le cæcum accolé, par glissement; le cæcum à fossette, par bascule.

De la terminologie classique doit disparaître, au point de vue pathogénique, le mot de sac incomplet, qui consacre une erreur. On a dû appeler sac ce qui ne peut, en aucun cas, être considéré comme un sac herniaire, si l'on s'en rapporte à la définition de ce mot; il faut parler de sac partiellement accolé, mais non de sac incomplet.

Cette théorie parut tout d'abord révolutionnaire, et, suscita de vives discussions. Bientôt, cependant, elle était adoptée sans aucune modification par MM. Jaboulay et Patel dans leur article « hernies » du *Traité Dentu et*

Delbet et reproduites de façon à peu près identique par M. Lardennois et Ockinzyc, dans deux mémoires, dont la riche illustration attira beaucoup l'attention.

A cause de cette présentation vraiment remarquable, les mémoires de Lardennois et d'Ockinzyc furent considérés par beaucoup d'auteurs comme une nouveauté, et c'est à ces auteurs que l'on a depuis lors plusieurs fois rapporté l'originalité de la théorie nouvelle. Nous le répétons, ce n'est que le développement appuyé sur de belles figures des idées exposées deux ans auparavant par Cavaillon et Leriche.

Depuis lors, cette théorie a été adoptée par presque tous les auteurs et les restrictions qui ont été faites par Berton Carnett, par Heully, ne visent que l'aspect opératoire sans s'attaquer à la doctrine pathogénique.

Viannay et Goujon, à propos des hernies par glissement de l'iléon (*Archives provinciales de chirurgie*), Gayet (dans une communication au Congrès de chirurgie, 1910), Mantelli (à propos des appendicocèles adhérentes), Cinozzi (à l'occasion de deux cas de hernie inguinale du cæcum (*Clinica chirurgica*), ont, dans ces deux dernières années, complètement confirmé les recherches de Cavaillon et Leriche, qui, comme le dit M. Gayet, nous ont définitivement appris comment se comportent les hernies du cæcum.

CHAPITRE II

Traitement.

Les données nouvelles ne devaient pas rester purement théoriques. On sait, en effet, depuis longtemps, que les fascia d'accolement peuvent toujours être séparés artificiellement en leurs deux lames constituantes. Vautrin, Kocher, ont montré tout le parti que l'on pouvait en tirer pour rendre au duodénum sa mobilité première. Et cette manœuvre est entrée aujourd'hui dans la pratique courante. Duval a montré que l'on pouvait mobiliser le cæcum et l'S iliaque quand on veut intervenir sur un intestin accolé. Il était logique d'appliquer cette même notion dans la thérapeutique des hernies adhérentes du gros intestin.

Avant d'expliquer comment on peut faire pour cela, nous rappellerons la thérapeutique classique dans le traitement des hernies du gros intestin.

Cette thérapeutique consiste essentiellement à rechercher le sac, à le libérer, puis à réduire la hernie.

1° Recherche, libération du sac et de l'intestin. Pour cela, la technique classique consiste à inciser de proche en proche, à aller jusqu'au sac, jusqu'au moment où le doigt, cherche à s'assurer de la liberté de l'anse à l'intérieur du sac, qui est arrêté par une adhérence qui la plaque

contre le sac, au point qu'elle fait corps avec lui. Si on veut alors disséquer le sac, on est immédiatement arrêté au niveau de l'adhérence par l'absence du plan de clivage et on est alors très embarrassé. Les quelques citations suivantes le montreront : « On incise plan par plan, dit Baumgartner, et subitement il y a issue de gaz et de matières fécales. » « On passe, dit Rochard, à côté du sac et on tombe directement sur la paroi du gros intestin, dépourvue de séreuse. Dans ce cas, si l'on poursuit la recherche dans la même direction, on ouvre fatalement le côlon!!! Plusieurs chirurgiens des plus avisés n'ont reconnu l'intestin qu'après l'avoir ouvert et avoir vu couler le liquide intestinal. » On ouvre quelques vaisseaux, dit Gaillet, et on s'arrête pour ne pas porter atteinte à la vitalité de l'intestin par la section de ses vaisseaux nourriciers. »

On voit par là quelles sont les difficultés que l'on rencontre pour la libération du sac. Et comme le font remarquer Lardennois et Ockinzyc, à supposer même qu'on ait découvert la partie non adhérente du sac, il est encore à craindre que si l'anse adhérente est en fer à cheval ouvert en haut, le bistouri n'entame l'intestin à l'extrémité inférieure de l'incision. On conçoit par là qu'il serait infiniment plus simple, si la chose était possible, de libérer les deux parties du fascia d'accolement, de décoller l'intestin et le sac partiellement accolés, bref, de faire rentrer les hernies adhérentes dans le cadre des hernies libres. Théoriquement, la chose est parfaitement possible, puisque la forme dite à sac incomplet ou sans sac n'est, en réalité, que la hernie d'un cæcum ontogéniquement accolé, puisque l'on doit admettre que l'on peut

toujours retrouver un plan de clivage rendant à l'intestin sa mobilité première et au sac son individualité dissimulée. Il était logique d'essayer sur le vivant une manœuvre théoriquement possible et voici comment on pouvait la concevoir. Puisque la fusion de l'intestin et du sac, qui rend si difficile la libération de la hernie, est le résultat d'un accolement physiologique entre le feuillet viscéral postérieur de l'intestin et le feuillet péritonéal pariétal postérieur, il faut faire un décollement postérieur embryologique à l'intérieur du sac lui-même pour individualiser les deux parties. Il faut chercher dans la hernie elle-même le fascia d'accrolement qui, normalement, fixe dans l'abdomen le cæcum et les côlons. Pour cela, il faut aller au niveau de la limite de la zone de coalescence, remonter par conséquent assez haut dans le ventre, dans la fosse iliaque et là, érailler de la pointe du bistouri le fascia d'accrolement. Avec la plus grande facilité, les doigts chercheront leur voie entre l'intestin et le péritoine pariétal postérieur, descendront très simplement dans le bon espace décollable, individualisant en toute sécurité le sac d'une part, l'intestin, ses vaisseaux et ses mésos d'autre part. Pour cela, il faut ne pas attaquer les hernies adhérentes par leur pôle inférieur ; *il faut les prendre de très haut* et faire d'emblée une hernio-laparotomie. C'est cette manœuvre que, dès leur premier article, MM. Cavaillon et Leriche avaient timidement proposée, qui a été depuis réalisée sur le cadavre par Lardennois et Ockenzyc, et que, depuis lors, nombre d'auteurs ont reproduite très simplement dans nos observations citées plus loin.

2° Réduction. — Nous avons dit plus haut combien il

était difficile, d'après les méthodes classiques, de reconnaître le sac et de reconnaître l'intestin. Nous aurions pu rapporter plusieurs citations de différents auteurs pour montrer quel danger il y avait pour l'intestin et les vaisseaux quand on cherchait à mobiliser toute la masse herniée. Par les procédés classiques, tout cela aboutissait à une libération insuffisante et quand, en désespoir de cause, on essayait de réduire l'anse herniée, on n'y parvenait qu'avec énormément de difficultés, et souvent incomplètement. Un certain nombre de manœuvres auraient été proposées pour y remédier. M. Jaboulay, qui a beaucoup insisté sur les hernies par bascule du cæcum, pensait autrefois qu'il fallait essayer de refouler de haut en bas et d'avant en arrière pour ramener d'abord le cæcum dans sa position normale et le faire ensuite remonter derrière les feuillets de son méso.

Si l'on procède autrement, MM. Bérard et Vignard exposant les idées de M. Jaboulay, le péritoine et le mésocôlon s'opposent à la réduction et font à la face profonde de la hernie une corde tendue. Il faut donc décoller avec précaution le péritoine des tissus sous-jacents, mobiliser très haut, et la réduction devient alors possible. Cet ingénieux artifice peut rendre des services, mais il aboutit à une réduction en masse de l'intestin et du sac souvent incomplètement, toujours avec peine.

Morestin a recommandé le procédé suivant : Il pratique une hernio-laparotomie. En péritoine ouvert, il cherche l'intestin et le suit jusqu'à l'orifice herniaire. En pressant d'une part sur la hernie, en exerçant, d'autre part, de douces tractions sur l'intestin, on arrive à le ramener dans le ventre et à l'attirer dans la plaie abdominale. A

mesure que l'intestin est ainsi ramené en haut, on voit le péritoine l'entourer de nouveau, lui former un revêtement complet et le méso se reconstituer. La réduction est ainsi obtenue. Savariaud fait dans le même genre une réduction en masse ou plutôt un retournement du sac et de la hernie. Pour cela, il dissèque la hernie très loin, jusque dans la fosse iliaque, en débridant largement la paroi, puis, après avoir refermé le sac, il tire l'intestin dans le ventre en le portant très haut, avec une longue pince, et si alors on regarde les choses par l'intérieur de l'abdomen, on voit, dit-il, l'S iliaque flotter au bout d'un long méso, qui n'est que le sac retourné, et sur la paroi antérieure duquel on voit encore l'incision faite au sac et les points de suture qui l'oblitérent.

Evidemment, les procédés de Morestin et de Savariaud ont fait leurs preuves et donné de bons résultats. Ils ont permis de rejeter habituellement l'entérectomie que Julliard avait autrefois proposée dans ces cas. Mais ce ne sont que des procédés très approximatifs avec lesquels on n'a aucune réduction anatomique, exposant malgré tout aux blessures des vaisseaux de l'intestin, refoulant dans le ventre de vastes surfaces cruentées et n'assurant nullement la cure radicale de la hernie. Combien il paraît plus simple d'entrer délibérément dans le ventre, de rendre à l'intestin hernié sa mobilité première en cheminant dans le plan de clivage naturel, de réduire le gros intestin et son mésentère devenu libre comme on ferait d'une anse grêle et de terminer par une ablation méthodique du sac, ainsi qu'on le fait dans une cure radicale ordinaire. Or, tout cela est parfaitement possible. Comme il s'agit là de manœuvres paraissant

théoriques, on hésite à être très affirmatif. On le voit, par la citation suivante, extraite de l'article de MM. Cavaillon et Leriche :

« On pourrait essayer à l'intérieur du sac le décollement suivant le plan embryologique tel qu'on le fait dans l'abdomen pour mobiliser un cæcum adhérent. Il doit s'agir là d'un clivage difficile. Après avoir rayé de la pointe du bistouri le fond du sac, il faut, en effet, attentivement veiller à ne point passer dans le tissu cellulaire sous-péritonéal en demeurant entre les deux lames du fascia d'accolement. Evidemment, on doit tendre à n'utiliser que le plan de clivage naturel fourni par la zone de coalescence; du même coup, on mobilise alors, sans peine, les vaisseaux qui s'y trouvent inclus, tangentiellement à la paroi, entre les deux feuillets viscéraux, qui ne recouvrent leur individualité que dans le ventre; mais, pratiquement, il n'y a aucun intérêt à procéder ainsi. Il nous paraît plus simple de faire une sorte de réduction en masse par un décollement sous-séreux de haut en bas, à la faveur d'une hernio-laparotomie, ainsi que certains chirurgiens l'ont préconisé. »

Ces réserves, M. Gayet les faisait encore en 1910, puisqu'il écrivait : « Voici un cas de hernie adhérente de l'S iliaque dans lequel la cure radicale a été des plus simples, où le procédé a certainement rendu grand service, soit au point de vue de la rapidité de l'intervention, soit au point de vue des chances de non-récidive. Je le considère donc, dès maintenant, comme procédé de choix. Seulement, *je crois qu'il n'est pas fréquemment réalisable*, beaucoup de ces hernies ont présenté, à un moment donné, des symptômes d'inflammation, ont ajouté au

processus normal de coalescence un processus pathologique. Dans ces conditions, le plan de clivage sera bien souvent introuvable et tout se passera comme si réellement l'intestin était dépourvu de péritoine sur une de ses faces. »

Ces réserves lui étaient imposées par l'échec de la méthode dans deux cas de hernie par glissement de l'iléon. On peut penser qu'aujourd'hui, où la méthode est mieux fixée, en allant chercher le plan de clivage en pleine fosse iliaque, la libération de l'intestin deviendrait possible. M. Leriche nous a fait remarquer que pour appliquer avec chances de succès certains la méthode qu'il a étudiée avec M. Cavaillon, il fallait, d'emblée, quand on reconnaissait une hernie adhérente par adhérence charnue naturelle, se reporter en péritoine libre et cliver de haut en bas, en allant chercher le plan de décollement là où il existe à coup sûr. Un exemple fera bien comprendre ce qui précède :

Dans certaines laparotomies itératives, où l'ancienne zone opératoire est remplie d'adhérences, il est impossible d'entrer dans le ventre par la cicatrice de l'ancienne laparotomie, il faut inciser la paroi au-dessus ou au-dessous, en zone libre, pour aborder, en terminant, la zone adhérente. De même, dans les hernies adhérentes, il ne faut pas chercher le plan de clivage là où des frottements ou de l'œdème chronique ont pu modifier la netteté de la zone d'accolement; on doit aller chercher en zone libre, c'est-à-dire, dans la fosse iliaque elle-même. Les faits sont suffisamment nombreux aujourd'hui et la méthode a été appliquée dans des cas si défavorables, qu'on peut être affirmatif. D'ailleurs, le décollement dans le

plan embryologique est une méthode générale qui a fait partout ses preuves, et qui n'a pour opposants que ceux qui n'ont pas voulu l'utiliser.

Dans une observation que l'on trouvera plus loin, pour une hernie énorme de l'S iliaque, dans laquelle il y avait une péritonite très intense, alors que la réduction était absolument impossible par les procédés classiques, le décollement de l'S iliaque associé dans le flanc gauche a permis une réduction très rapide et a donné un résultat remarquable. C'est cette observation dans laquelle toute la difficulté était accumulée qui nous fait indiquer ce procédé du décollement intra-obdominal à recommander sans arrière-pensée.

Nous avons, en tout, recueilli 8 observations, dans lesquelles le décollement embryologique a été essayé.

M. Viannay, dont nous avons déjà cité le travail sur les hernies par glissement de l'iléon, l'a peut-être employé dans un autre cas. M. Gayet, qui a étudié les cas du même genre, écrit à ce sujet : « Viannay paraît l'avoir employé dans un de ses cas qui avait récidivé après une intervention moins complète. Cependant, je ne suis pas bien sûr qu'il soit resté dans le sac, car l'observation parle d'hémorragie minime et de surface cruentée; ce n'est pas ce que j'ai vu lorsque j'ai réussi le décollement de l'S iliaque. J'ai séparé des feuillets sans connexions vasculaires et dont l'aspect lisse ne laissait pas de doutes sur leur nature séreuse. Outre que le sac obtenu était bien complet et sans érosions cruentées. »

Nous croyons que cette remarque est juste, et nous n'avons pas tenu compte de l'observation de Viannay.

Sur ces 8 observations, la méthode n'a échoué que

dans les deux cas de hernies par glissement, rapportés par M. Gayet. Dans tous les autres cas, le décollement a permis une opération rapide et simple. Les auteurs qui l'ont employée s'en louent beaucoup.

Cignozzi (*Clinica chirurgica*), à propos de deux observations sur deux cas de hernies du cæcum, en sablier, traitées par les résections partielles, admet complètement ce que nous venons d'exposer.

Mantelli, dans la *Clinica Chirurgica*, dit : « Le cæcum est toujours intra-péritonéal, s'il est adhérent à la fosse iliaque, il s'agit d'une coalescence du feuillet viscéral qui le revêt avec le péritoine pariétal de la fosse iliaque. » Plus loin : « Quand le cæcum est adhérent, l'endothélium disparaît, le feuillet péritonéal devient faisceau d'accolement », mais il n'en est pas moins vrai que ce faisceau d'accolement est du péritoine.

M. Gayet écrit que ce procédé est pour lui désormais le procédé de choix.

Bref, on doit conserver cette méthode comme étant définitivement acquise.

Ceci étant posé, voici comment il faut se comporter en présence d'une hernie adhérente.

Le malade étant dans la position de Trendelenburg, peu incliné, on fait au niveau de la région inguinale une laparotomie remontant de trois ou quatre travers de doigt au-dessus du canal inguinal. La paroi musculaire est complètement incisée et on ouvre le péritoine complètement en dehors du sac. On poursuit cette incision péritonéale en bas jusqu'à l'entrée de l'intestin dans la hernie. L'adhérence étant reconnue, on cherche sur le bord externe du cæcum ou de l'S iliaque le plan de clivage em-

bryologique. Ceci est d'habitude très simple. Dans cinq ou six cas, pour le duodénum, M. Leriche l'a trouvée avec les doigts sans le secours d'aucune incision. On amorce alors le clivage avec les doigts, en descendant de la région inguinale jusqu'au moment où l'on gagne le fond du sac, l'anse est alors complètement libérée, ainsi que son méso, et après examen, on la réduit dans le ventre. On peut alors, si l'on veut faire une fixation dans la région iléo-cæcale, comme le recommandent Lar-dennois et Ockinsyc. Mais étant donné le caractère précaire des pexies, nous n'y attachons pas d'importance. Ceci fait, on libère le sac de haut en bas exactement comme pour une hernie banale. Cette libération peut être difficile, faire saigner, mais l'intestin est à l'abri et c'est sans importance. Le sac étant réséqué, la paroi est complètement fermée à trois plans, comme pour une laparotomie ordinaire.

Observations.

OBSERVATION I

(M. R. LERICHE. *Presse Médicale*, 18 juin 1910.)

Hernie du cæcum adhérente.

En 1909, nous avons pu opérer une hernie du cæcum adhérente. Le malade était un homme d'une soixantaine d'années, entré dans le service de M. Poncet pour de l'engouement. La hernie datait de près de trente ans; elle avait de tout temps été irréductible. Nous l'opérâmes à froid par une hernio-laparotomie. Le cæcum fut mobilisé par incision sur le bord externe; le clivage amorcé dans le ventre fut poursuivi un peu moins aisément, mais sans incident le long du sac et jusqu'à son fond. Complètement libéré, l'intestin fut réduit et fixé dans la fosse iliaque; l'orifice herniaire fut oblitéré par le ventre. Le malade guérit.

OBSERVATION II

L. P..., âgé de 37 ans, entré le 8 octobre 1909, dans le service de M. Poncet, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour une hernie inguinale droite qu'il présente depuis l'âge de 25 ans. Difficilement réductible de tous temps, elle n'est pas rentrée depuis plus de trois mois; et depuis trois semaines, elle est devenue douloureuse et augmente de volume. Au reste, les selles sont régulières et le malade ne vomit pas.

A l'examen, on trouve sur la partie gauche de l'abdomen,

un peu au-dessus du pubis, une masse lisse, grosse comme un poing, bien limitée. On dirait un lipome. Le doigt introduit dans le canal inguinal butte bientôt contre elle et ne peut aller plus loin. Il est d'autre part évident que la masse ne sort point par l'orifice externe. Je fais le diagnostic d'épiplocèle étranglée dans une hernie inguino-superficielle et décide d'intervenir. Il y a de plus une pointe de hernie crurale du même côté. Rien à droite. Les testicules sont normaux et tous deux en place.

Sous-anesthésie à l'éther, j'incise sur la masse para-inguinale; c'est un gros sac rempli d'épiploon enflammé. Il m'est possible de les séparer l'un de l'autre, ils sont en symphyse complète. Ce bloc entre dans le canal inguinal par une éraillure de la paroi antérieure proche de l'orifice externe. Je fends le canal inguinal sur toute sa hauteur et rencontre partout la même masse en symphyse. Elle se prolonge dans le ventre assez loin. Agrandissant mon incision par en haut, j'essaie d'entrer dans l'abdomen sans y parvenir; le bloc épiploïque fusionné avec ce que je crois être le péritoine pariétal et le sac descend jusqu'à l'anneau crural où il s'engage et remonte jusque dans la fosse iliaque. Me reportant en haut, j'incise alors sur la séreuse en un point où il me semble ne plus y avoir d'épiploon et reconnais en voyant sourdre du liquide muqueux que je viens d'érailler l'intestin sur 1 centimètre. Je ferme immédiatement à deux plans de catgut cette petite fissure, convaincu dès lors qu'il s'agit d'une hernie « par glissement » de l'S iliaque, avec épiplocèle adhérente.

Je vais alors en pleine fosse iliaque reconnaître le colon descendant; j'incise le péritoine pariétal en dehors de lui, délivre le mésocolon accolé; l'intestin se mobilise aisément, un sac l'individualise en arrière; en avant il est adhérent à l'épiploon qui est lui-même adhérent à l'intestin. Au ciseau, je taille en avant dans le sac et finalement je refoule dans le ventre l'S iliaque et l'épiploon. La disposition du sac est alors très nette : c'est un sac de hernie inguinale congénitale en symphyse. Il est libéré et réséqué de haut en bas; puis le

péritoine, les muscles et la peau sont suturés à trois plans avec drainage.

Malgré une suppuration de la paroi, à odeur et caractère intestinaux, la guérison fut rapide et, un mois après, le malade quittait le service.

OBSERVATION III (inédite)

(Due à MM. LERICHE et COTTE.)

P. M..., maçon, âgé de 53 ans, entre le 27 décembre 1910, dans le service de M. Poncet, pour une énorme hernie inguinale gauche qui s'accompagne de troubles digestifs et de vomissements.

Cette hernie, très ancienne est irréductible, elle est mate, douloureuse; son pédicule est large et il n'y a aucun signe d'étranglement.

Il s'agit simplement d'une hernie adhérente avec processus péritonéal récent : le ventre est un peu ballonné, peut-être aussi renferme-t-il un peu de liquide.

Le 30 décembre 1911, MM. Leriche et Cotte incisent sur la tumeur herniaire et arrivent bientôt sur un sac adhérent de toutes parts. Il est impossible d'entrer dans une cavité sacculaire. On fait donc une hernio-laparotomie remontant très haut et on décolle tout l'S iliaque très facilement, dans la place du clivage embryologique.

Cette manœuvre libère complètement l'intestin et permet d'isoler un sac complet, sac de hernie congénitale.

D'autre part, la cavité péritonéale est remplie d'un liquide louche, très abondant; l'intestin grêle, dilaté, rouge, est adhérent à l'S iliaque presque tout le long. Si bien, qu'un instant, on a eu l'impression de n'avoir pas ouvert la cavité péritonéale. Pour rechercher les causes de cette péritonite intense, on fait rapidement une laparotomie médiane; le liquide est évacué en totalité : l'appendice, la vésicule biliaire, l'estomac

sont sains. Il s'agit uniquement de péritonite herniaire, ayant diffusé dans la grande cavité péritonéale.

Après avoir refermé les deux incisions, on injecte de l'huile camphrée dans le ventre, qui est refermé à trois plans. Puis on dissèque le sac qui est enlevé en totalité. Un drain est placé dans la région inguinale et remonte vers la fosse iliaque.

Suites très simples : malgré une bronchite intense, le malade a très bien supporté l'intervention. Il ne vomit pas et va à la selle le quatrième jour.

Le 7 janvier : le malade se plaint de sa plaie médiane. On défait le pansement, et on a la surprise de trouver que toutes les sutures (catgut et fil métallique) ont sauté et que deux anses d'intestin sont dans la place.

On réduit immédiatement cette éventration, on reverse de l'huile camphrée dans le ventre et la paroi est refermée à deux plans, un de catgut, un total de gros fil métallique.

Malgré cet incident, la guérison se poursuit normalement. Quelques jours plus tard, les fils sont enlevés et le malade commence à se lever.

Il sort guéri complètement le 7 février. Nous l'avons revu deux mois plus tard en excellente santé et sans récurrence de sa hernie.

OBSERVATION IV

(GAYET. — Congrès de chirurgie.)

Hernie de l'S iliaque à sac incomplet. — Décollement des feuillets péritonéaux accolés. — Guérison.

G... Antoine, âgé de 63 ans, entre à l'hôpital, le 18 mai 1910, pour une hernie inguinale gauche. Ce malade a déjà été opéré dans un autre service pour une hernie inguinale droite. Peu de temps après sa guérison, il s'est aperçu de la formation d'une hernie de l'autre côté. Celle-ci a grossi peu à peu pour atteindre le volume du poing. À la palpation, on

sent une masse pâteuse avec une sensation de corde fournie par l'épiploon. Sonorité inégale. Réduction complète impossible. De temps en temps, crises douloureuses plus répétées ces derniers temps avec troubles digestifs et un peu de fièvre. Mais il n'y a jamais eu d'obstruction vraie. Du côté droit anciennement opéré, hydrocèle vaginale. Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines. Rien aux poumons, ni au cœur.

18 mai 1910. — INTERVENTION (M. Gayet). — Anesthésie au Billroth. Longue incision partant de la racine des bourses pour aller en suivant l'arcade jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. On commence par débarrasser la région d'un volumineux lipome préherniaire et d'un ganglion du volume d'une amande verte. Puis on fend le canal inguinal, dénudation du cordon et dissection d'un gros sac du volume du poing. Ouverture du sac qui contient un peu d'épiploon et une longue anse intestinale qu'on reconnaît être l'S iliaque et qui est adhérente à la face postérieure du sac. Il s'agit donc d'une hernie à sac incomplet. On tente alors la manœuvre qui consiste à rayer de la pointe du bistouri le péritoine immédiatement en dehors de l'S iliaque et à tenter le décollement des feuillets péritonéaux accolés. On trouve, en effet, un plan de clivage qui permet de mobiliser l'anse, mais qui ne laisse en fait de sac qu'une véritable toile d'araignée, mais en définitive un sac bien complet. Cette manœuvre permet de décoller sans intéresser aucun vaisseau, l'intestin et son méso, de le réduire et de retrouver un sac suffisant pour qu'on puisse le réséquer au collet et par un surjet fermer la cavité péritonéale.

Sutures plan par plan de la paroi musculaire au tendon de renne. Agrafes sur la peau, réunion sans drainage.

L'opération remarquablement facile pour une hernie adhérente a duré 25 minutes.

24 mai. — On enlève les agrafes.

4 juin. — Le malade sort guéri avec cicatrisation complète.

21 septembre 1910. — Le malade est revu. Il a repris son

travail et malgré des efforts fréquents, bien que ne portant aucun bandage, il a gardé une cicatrice parfaitement solide et ne présente pas la moindre tendance à la récidence.

OBSERVATION V

(GAYET. — Congrès français de chirurgie, 1910.)

*Hernie par glissement de l'iléon. — Hernio-laparotomie
Réduction. — Guérison.*

D... Jean, 17 ans, entré à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 14 février 1910, pour une hernie inguinale droite. Pas d'antécédents pathologiques. La hernie est toute récente. Depuis quelques mois, le malade s'était aperçu d'une pointe de hernie perceptible à l'anneau inguinal. Il y a trois jours, à l'occasion d'un effort, irruption brusque d'une hernie volumineuse dans la bourse droite. L'intestin est réductible et le doigt pénètre à sa suite dans le canal inguinal.

Examen somatique : tous les organes sont sains.

15 février 1910. — INTERVENTION (M. Gayet). — Anesthésie au Billroth. Incision très haute parallèle à l'arcade, l'anneau est très en dehors et très large. Section de la paroi antérieure du canal. Dissection du sac. Celle-ci est très laborieuse; on arrive bien à séparer les éléments du cordon, mais on ne trouve pas de plan de clivage net du sac comme d'habitude. On se décide à ouvrir le sac et on reconnaît alors qu'il s'agit d'une hernie à sac incomplet. Autrement dit, l'anse intestinale (on ne distingue pas encore si c'est du grêle ou du gros intestin) paraît revêtue par un feuillet péritonéal qui se continue en dedans et en dehors avec le sac lui-même. Tentative pour libérer cette anse ; on raye à la pointe du bistouri le feuillet recouvrant au niveau de sa réflexion sur le bord externe de l'anse, et on essaye d'amorcer le décollement. On se rend bien vite compte que l'on sépare le péritoine viscéral de la tunique musculeuse; une hémorragie en nappe se produit. On change alors de plan; l'incision est agrandie en haut pour faire une

hernio-laparotomie et on entre en péritoine libre. On reconnaît alors que le cæcum haut placé est bien là dans le ventre avec son appendice relevé en position externe; il est entièrement libre. En remontant le cours de l'iléon on voit que celui-ci constitue par sa partie terminale l'anse herniée et disparaît sous le feuillet intra-vasculaire comme s'il devenait rétro-péritonéal. Il en ressort en haut et en dedans du sac pour reprendre son aspect et sa mobilité ordinaire. Ce feuillet pré-herniaire intra-vasculaire se continue au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure avec le péritoine pariétal formant là une sorte de ligament foliiforme avec des tractus horizontaux parallèles, tendiniformes d'une certaine épaisseur.

Nous tirons alors sur l'intestin grêle et nous ramenons ainsi dans le ventre l'anse herniée, maintenue en forme de canon de fusil double par des tractus unissant les deux branches de l'anse. En continuant à tirer sur l'intestin grêle (branche afférente), tandis que nous poussons d'autre part sur le fond de l'anse, tout d'un coup, un mouvement de réintégration se produit, qui à notre étonnement aboutit à nous montrer brusquement ce fond d'anse recouvert de séreuse lisse et brillante alors qu'avant elle était cruentée et saignotante.

Seulement, sur la convexité de l'anse se trouve une zone encore cruentée, résultant de la section faite au début et qui s'est agrandie sous l'effort des tractions, cette section a porté sur les lèvres du péritoine viscéral et il devient très simple de séparer cette incision en faisant un trajet séro-séreux dans toute sa longueur. Ceci fait, l'anse est partout couverte de sa séreuse et libre dans le ventre.

Une question se pose encore. Faut-il abandonner les choses en l'état, c'est-à-dire abandonner cette anse qui reste accolée par quelques adhérences, un peu rétrécie par la suture de la séreuse; ou bien se décider à la réséquer et à aboucher le bout iléal dans le cæcum supprimant cette anse trop longue et d'une traversée difficile pour les matières. L'opération a déjà duré une heure, on recule devant la gravité d'une ré-

section et on referme la paroi. Pour cela, surjet sur les lèvres du péritoine après résection des lambeaux du sac. Une mèche pénètre dans un étroit orifice péritonéal, laissé en raison du suintement sanguin qui n'a pu être complètement arrêté. Les muscles sont suturés à deux plans de catgut. Fermeture de l'incision cutanée avec des agrafes Michel.

Cicatrisation rapide par première intention. Le malade part guéri le 8 mars.

OBSERVATION VI

(GAYET.)

Hernie inguinale droite. — Hernie de l'iléon à sac incomplet. — Appendicite ancienne. — Origine inflammatoire des adhérences.

P... J.-Claude, 43 ans, entré à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 4 avril 1910.

Pas d'antécédents pathologiques intéressants. Le malade ne se souvient pas d'avoir eu une maladie sérieuse. Cependant, dans son enfance, il avait souvent des coliques et a eu quelques crises de douleurs abdominales.

Depuis deux ans, il présente à la racine des bourses, à droite, une hernie. Elle était réductible, non douloureuse. Depuis quinze jours, elle ne peut plus rentrer. Il n'a pas eu de vomissements ni de signes d'occlusion. Les bourses sont actuellement très tendues, un peu rouges (on a fait de nombreuses tentatives de réduction). La tension empêche de percevoir le contenu. Pas d'impulsion à la toux. Opacité, matité complète. Cependant un examen attentif permet de sentir le testicule à la partie inférieure et une fluctuation immédiatement au-dessus. On porte le diagnostic de hernie avec kyste du cordon.

8 avril 1910. — INTERVENTION (M. Gayet). — Anesthésie au Billroth. Incision longue partant du milieu de la face anté-

rière du scrotum et remontant jusque dans la fosse iliaque. On dissèque un kyste du cordon du volume du poing, qui ouvert laisse échapper un liquide séro-hématique. Cette poche est fermée de tous côtés et peut être enlevée en totalité sans ouvrir la vaginale en bas; à la fin de la dissection on ouvre le péritoine en haut et il s'écoule encore du liquide séro-hématique. On dissèque alors le sac, mais on est bien vite arrêté du côté postérieur par l'adhérence du sac au tissu cellulaire voisin et on se rend compte alors que cette paroi postérieure du sac est occupée par une anse d'intestin grêle, complètement aplatie, adhérente et comme sous-péritonéale. L'incision est agrandie en hernio-laparotomie et on reconnaît alors qu'il s'agit de l'iléon qui, libre jusqu'au collet est adhérent à partir de ce point. Du côté aval, on retrouve un très court segment d'iléon, puis le cæcum et l'appendice recouverts tous deux par un voile séreux. On dégage avec une certaine difficulté l'appendice et on le trouve sclérosé, rétréci en un point, nettement cicatriciel. Il est réséqué à la base. (Un examen histologique a dit : lésions de sclérose indiquent appendicite ancienne.) On voit très bien de la base de cet appendice rayonner sur toute la région voisine des adhérences nacrées cicatricielles.

On essaye de trouver une place de clivage pour libérer l'anse iléale adhérente, mais on ne peut y arriver. On pratique alors le refoulement en masse du sac et de l'intestin, la fixation du cæcum à la paroi pour empêcher sa descente par glissement et on termine par une réfection de la paroi à la Lucas-Championnière avec un petit drainage.

Le malade sort guéri trois semaines après. Nous avons eu de ses nouvelles le 26 septembre, soit près de six mois après l'opération. Le malade a repris immédiatement et sans bandage son métier qui consiste à porter des sacs de charbon toute la journée. Sa hernie n'a pas reparu.

OBSERVATION VII

(MANTELLI. *Clinica Chirurgica*, 30 avril 1911.)

Appendicocèle simple avec sac en partie adhérent.

B... Emile, âgé de 20 ans, paysan, né à Turin, habitant Monasteco-Bormida, entré à la clinique, le 31 décembre 1909, sorti le 20 janvier 1910. Le malade est fils d'inconnus, il est épileptique. A 15 ans, pleurésie dont il guérit en deux mois environ. Depuis ses premières années, c'est-à-dire aussi loin que vont ses souvenirs, il a eu à la région inguinale droite une tumeur peu volumineuse qui grossit d'une façon peu apparente avec les années. Elle fut toujours irréductible et non douloureuse. A l'examen général du malade, on ne trouve rien de remarquable. A la région inguinale droite, on trouve une hernie oblique externe du volume d'une grosse noix, de forme allongée qui arrive à la naissance du scrotum et est irréductible. Le contenu de la hernie semble solide.

Opération, le 2 janvier 1910. On incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose, on soulève le cordon et on procède à l'isolement du sac. Lorsque celui-ci est complètement isolé, on sent très bien à travers sa paroi un corps cylindrique, dur, long, qui ne peut être autre chose que l'appendice.

De fait, ce sac ouvert, on y trouve précédemment l'appendice, mais la disposition est tout à fait spéciale : l'appendice avec son méso n'est pas libre dans le sac, mais il semblerait être en dehors de lui, étroitement adhérent, c'est-à-dire qu'il semble que le feuillet péritonéal qui constitue le sac s'accole en partie à l'appendice par sa face externe, tandis qu'il demeure libre par sa face recouverte d'endothélium.

L'aspect de l'appendice est normal, mais celui-ci est irréductible, il faut alors songer à le réséquer, mesure qu'on

devrait prendre dans tous les cas, même si la réduction eût été possible.

On attire l'appendice en bas de façon à faire sortir une petite partie du cæcum; par une incision prudente, on réussit à isoler l'appendice à sa base, du collet du sac.

On coupe alors l'appendice et on lie le sac au niveau de son collet puis on procède à la cure radicale d'après Bassini.

Rien à signaler dans les jours qui suivent l'opération. La guérison se fait par première intention. Cependant, huit jours après l'opération surgit une légère bronchite qui guérit bien, cela retarde la sortie du malade qui se fait à la date du 20 janvier 1910.

Le sac est divisé dans toute sa longueur dans sa partie libre, de sorte que déplié, il a l'aspect d'une membrane à laquelle adhère dans sa face postérieure un corps cylindrique qui est l'appendice. Celui-ci mesure 70 millimètres de long et un diamètre moyen de 8 millimètres.

La pièce présente à l'examen une partie que nous appelons antérieure, surface lisse recouverte d'endothélium. De l'autre côté, la surface est muqueuse (cela résulte naturellement de l'isolement du sac et du cordon et dans la partie médiane on remarque un renflement moins net que sur la face antérieure, mais beaucoup plus étendu. Ce renflement est dû non seulement à l'appendice, mais aussi à son méso un peu aplati.

A un examen superficiel, il semblerait que derrière l'appendice il ne se trouve aucune membrane et ainsi se confirmerait l'idée que l'appendice est simplement adhérent à la face externe d'une partie du sac.

Mais une telle interprétation, comme nous le verrons, n'est pas admissible. En effet, si on se rappelle que pendant l'opération on a réussi à isoler une membrane en dehors de l'appendice; que cette membrane évidemment se continuait avec le péritoine pariétal et que par suite, le sac lui-même était en continuité directe avec le sac libre qui restait, on en vient naturellement à penser que le sac était réellement complet et

que l'appendice et son méso étaient adhérents à une de ses parties.

Ceci posé, la face postérieure de la partie enlevée doit être revêtue d'un feuillet résidu du péritoine pariétal. On comprend combien il est important de bien établir cette disposition parce que les choses étant ainsi, la hernie serait à sac complet et l'appendice serait revêtu de son péritoine viscéral. Sur une moitié environ de sa surface et sur la partie qui correspond au méso, son péritoine (viscéral) serait adhérent à une partie du sac (péritoine pariétal), il s'agirait alors d'une hernie à sac complet mais en partie oblitéré.

Au contraire, si cette disposition s'interprétait d'une façon superficielle, on pourrait croire que l'appendice est en dehors du sac, recouvert seulement par la séreuse sur une moitié de sa surface, et l'autre moitié sous-péritonéale serait en contact direct avec les éléments du cordon.

Il s'agirait là d'une hernie de l'appendice avec sac incomplet, maintenant, il est évident qu'une telle interprétation serait erronée à la suite des constatations faites. Comme le prouve encore une section transversale de la pièce anatomo-pathologique. On voit clairement que le sac est complet et que l'appendice adhère à lui avec son méso enveloppé complètement de son péritoine (viscéral).

A l'examen microscopique, l'appendice apparaît normal.

OBSERVATION VIII

(D^r MANTELLI.)

Giovanni, 35 ans, paysan, né et habitant à Melazzo, entré à la clinique, le 7 mars 1910 et sorti le 21 mars 1910.

Rien de remarquable dans ses antécédents. Depuis ses premières années il se souvient d'être porteur d'une tumeur à la région inguinale droite, laquelle tumeur devint vite irréductible, mais du reste ne le gênant pas et ne grossissant pas.

Il y a deux ans, apparut une tumeur analogue dans la région inguinale gauche.

Cette tumeur resta réductible, mais elle alla peu à peu augmentant de volume, si bien que maintenant elle a atteint les dimensions d'un œuf de poule et occasionna toujours des troubles chez le malade, surtout après des travaux un peu fatigants.

Conditions générales bonnes. Constitution du squelette régulière. Musculature bien développée. Tissu adipeux peu abondant. Couleur de la peau, brune. Muqueuses rosées. Rien de remarquable sur la tête, le cou, le thorax, ni sur l'abdomen. A la région inguinale droite on voit une tumeur allongée avec son plus grand diamètre parallèle à la direction de l'arcade crurale, grosse comme un œuf. Cette tumeur se modifie bien peu durant les augmentations de la pression abdominale et pas même dans la position horizontale. La peau qui la recouvre apparaît normale.

Au toucher, on reconnaît que la tumeur a une consistance dure et élastique. Et même avec une pression suffisamment forte, elle n'est pas réductible. A la percussion elle donne un son mat. On croit pour cela à une hernie de l'épiploon adhérent ou à un appendicocèle avec sac adhérent. Cependant, il y en a beaucoup qui se rattachent à ce dernier diagnostic.

Le cas se présente analogue au précédent. A gauche, hernie commune inguinale oblique externe réductible.

L'opération se fait le 8 mars 1910. Anesthésie à la morphine et au chloroforme. Ici, je considérerai seulement l'opération de la hernie inguinale droite, parce que l'autre ne présente aucun intérêt. Après une incision de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et de l'aponévrose se présente le cordon et on isole un sac herniaire dans lequel on sent distinctement un petit cylindre long et dur. Le sac ouvert, on y reconnaît l'appendice adhérent dans toute sa longueur. Il présente une disposition identique à celle du premier cas, c'est-à-dire qu'il semble à première vue que l'appendice est en dehors du sac, qu'il y a un sac vide contigu à l'appendice adhérent par un

tiers de sa circonférence et dans toute sa longueur. Il est clair cependant, en examinant bien, que l'appendice se trouve dans l'intérieur du sac et adhérent à une de ses parois. En s'appuyant sur cette considération, on commence une dissection délicate vers le sommet de l'appendice et presque tout de suite on trouve un plan le long duquel il est très facile de continuer l'isolement qui devient complet et se poursuit jusqu'à l'endroit où l'appendice arrive au cæcum. Ainsi, le processus vermiforme est complètement isolé et on a réussi même à isoler le sac sans le déchirer. On voit très bien qu'il est complet sans aucun doute. De fait, la membrane qui le constitue n'est pas différente de tous les autres sacs, sauf que la surface résultant du décollement n'est pas brillante parce que elle est dépourvue de revêtement endothélial. Et il est très certain que cela ne peut résulter d'une dissection artificielle. On résèque l'appendice et on lie le sac. Puis on continue la cure radicale par la méthode de Bassini.

Les suites de l'opération furent normales. Guérison par première intention. Le malade sort de la clinique le 21 mars 1910. A l'examen microscopique on observe que l'appendice est normal.

CONCLUSIONS

I. — C'est le plus ou moins d'accolement de l'intestin qui règle la disposition anatomique du sac dans les hernies du cæcum et de l'S iliaque, conformément aux idées développées en 1907 par MM. Cavaillon et Leriche.

II. — Il en résulte que dans la cure de ces hernies, quand on rencontre une adhérence charnue naturelle, il faut recourir au décollement dans le plan embryologique pour rendre à l'intestin sa mobilité fœtale.

III. — Nous rapportons plusieurs observations qui prouvent l'excellence de cette manière de faire.

Vu : <i>Le Doyen,</i> L. HUGOUNENQ.	Vu : <i>Le Président de la thèse,</i> A. PONCET.
---	--

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 4 décembre 1912.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- MM. CAVAILLON et LERICHE. — *Semaine médicale*, 1907.
M. LERICHE. — Hernies du gros intestin, *Presse médicale*, 1910.
M. GAYET. — Congrès de chirurgie, 1910.
MM. LARDENNOIS et OCKINCZIC. — *Journal de chirurgie*, 1909.
H. GOUJON. — Thèse de Lyon, avril 1909.
BAUMGARTNER. — Thèse de Paris, 1903.

